



HAL
open science

Les “ gestes d’atmosphère ” au coeur de l’éthique relationnelle. L’ajustement médecins-patients lors de la consultation préanesthésique

Dominique Broussal

► To cite this version:

Dominique Broussal. Les “ gestes d’atmosphère ” au coeur de l’éthique relationnelle. L’ajustement médecins-patients lors de la consultation préanesthésique. Symposium “ Les ajustements dans les métiers adressés à autrui : une notion clé dans le travail de la relation ” (E. Saillot, T. Piot, coord.). Colloque international La Recherche en Travail Social et Santé dans les sciences de l’Education et de la Formation (TRESSE), “ Le travail de la relation ”, Jun 2021, Rouen, France. hal-03501986

HAL Id: hal-03501986

<https://hal.science/hal-03501986>

Submitted on 24 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Les « gestes d’atmosphère » au cœur de l’éthique relationnelle. L’ajustement médecins-patients lors de la consultation préanesthésique

Dominique Broussal
Professeur des Universités
Université Toulouse – Jean Jaurès
EFTS – UMR MA 122

1. Introduction

Instaurée en 1994 en France, la consultation préanesthésique impose une rencontre entre médecins et patients. Celle-ci doit avoir lieu préalablement à tout acte thérapeutique ou diagnostique nécessitant une anesthésie, que celle-ci soit générale ou locorégionale. Au cours de cette consultation, le médecin procède à un examen du dossier médical. Il s’agit d’une phase importante qui lui permet d’identifier tout antécédent ou tout problème médical qui pourrait interférer avec l’acte à venir. S’ensuit un temps d’échange avec la personne en soins, puis un examen physique. Sont ainsi vérifiés l’état de la denture, l’ouverture de la bouche (critères à prendre en compte pour une éventuelle intubation), ou bien encore la présence de prothèses ou de piercings. C’est au terme de cet entretien que le médecin va décider de la meilleure stratégie anesthésique pour l’intervention. L’enjeu est crucial. L’activité du praticien relève d’une forme d’enquête et celle-ci ne peut se faire sans la coopération du patient. Ce dernier détient en effet un certain nombre d’informations sur ses habitudes de vie, sur son niveau d’anxiété, sur son rapport personnel à la douleur. Il appartient donc au professionnel d’établir un climat relationnel favorable, afin que la personne en soins accepte de se confier sur ce qu’elle pourrait considérer comme des faiblesses de sa part : une consommation excessive de tabac ou d’alcool, une difficulté à maîtriser ses angoisses, une hypersensibilité à la douleur. La communication verbale joue un rôle important dans l’établissement de cette confiance réciproque, tout autant que dans le maintien d’une dynamique d’interaction. Or, comme le montre Sala (2018)¹, bien que l’importance de la communication soit perçue par les médecins, leur formation en la matière est limitée, voire inexistante. Les compétences qu’ils développent sont par conséquent issues de leur expérience. Il y a ainsi un enjeu fort pour la recherche et pour la formation à les identifier, à les décrire, à les mettre en discussion au sein de la profession. Et ce d’autant qu’au-delà des composantes techniques de la communication, celle-ci implique une dimension éthique. La façon dont le praticien envisage les conditions de l’enquête, la confiance qu’il accorde à la personne en soin, la place qu’il lui attribue dans ce dialogue sont autant de facteurs qui déterminent le type de relation qui va s’instaurer. Ajoutons que l’installation de ce cadre relationnel n’est pas préétablie : elle s’opère à travers un certain nombre d’ajustements dont la nature, la dynamique ou l’importance varient selon les protagonistes. Et la tâche est d’autant plus complexe qu’il s’agit d’une première rencontre, « que celle-ci est brève et qu’elle est déterminée par le contexte dans lequel elle s’inscrit » (Broussal, 2018a, p. 33).

1 Bien que portant sur les médecins généralistes, la thèse d’exercice de médecine de Sala portant sur les stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient est à ce titre riche d’enseignement. L’auteur indique ainsi « La communication verbale est la première à être évoquée par les praticiens lorsque l’on évoque le terme de communication. On doit peut-être y comprendre que pour la plupart des médecins il s’agit de la part la plus importante de la discipline. Pourtant l’analyse de nos résultats montre qu’une minorité de médecins cite des outils de communication verbale, et lorsqu’ils sont évoqués ils ne sont pas suffisamment maîtrisés pour être utilisés dans leur exercice quotidien de la médecine générale. Il existe un véritable défaut de connaissance dans le domaine de la communication verbale. L’adaptation au patient se fait de manière quasi exclusivement empirique » (Sala, 2018, p. 30).

Ayant pris conscience de la nécessité de réfléchir collectivement à leurs pratiques de consultation, une équipe de médecins anesthésistes d'une clinique toulousaine a fait appel à nous pour un accompagnement. Celui-ci a pris la forme d'une recherche-intervention. Ce chapitre rend compte de cette expérience. Dans le droit fil de ce que nous venons d'évoquer, nous nous intéressons aux « conversations ajustées soignant-patient » (Piot, 2018) qui se déroulent dans le cadre des consultations préanesthésiques. Nous attacherons plus précisément aux gestes d'atmosphère. Ce choix repose sur le constat fait par Bucheton (2019) selon lequel ces gestes sont au cœur de l'éthique relationnelle. Cette perspective nous amènera à caractériser les variations de l'atmosphère dans laquelle « baigne » la consultation. L'atmosphère est ici conçue comme un catalyseur de la « rencontre intellectuelle, relationnelle, affective, sociale entre des personnes ayant des statuts différents, mais qui sont confrontées à des enjeux à gérer en commun » (Bucheton, 2019, p. 86). Nous nous centrerons dans un deuxième temps sur les « ajustements réciproques » (id., p. 123) afin d'envisager les rapports que ceux-ci peuvent entretenir avec des préoccupations plus ou moins partagées relatives à l'éthique professionnelle. Nous poursuivrons ce faisant un objectif plus général sur lequel nous nous centrerons dans le dernier temps de notre texte : mettre à l'épreuve le modèle des gestes professionnels, développé dans des contextes de classe, dans des situations de travail qui relèvent des métiers adressés à autrui.

2. Une recherche-intervention pour accompagner la transformation des pratiques de consultation

2.1. Des pratiques innovantes en réponse au développement de la chirurgie ambulatoire

Les vingt dernières années ont vu le développement progressif de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de soin². Comme le précise l'Agence Régionale de Santé, il s'agit d'un « mode de prise en charge pour une intervention chirurgicale qui permet de raccourcir la durée d'hospitalisation à moins de 12 heures, sans hébergement de nuit »³. Cette réduction de la durée d'hospitalisation, outre le fait qu'elle constitue un enjeu stratégique pour les établissements, repose sur une modification profonde des techniques d'anesthésie. Celles-ci s'affranchissent d'une longue tradition d'anesthésie générale, encore très présente dans les représentations des patients ayant passé la quarantaine et bien sûr nécessaire pour certains types d'intervention. Ces nouvelles formes d'anesthésie, locale ou locorégionale, n'entraînent pas de perte de conscience. Elles permettent par conséquent à la personne en soins de rentrer chez elle quelques heures seulement après l'opération. Elles ont par ailleurs l'avantage de laisser moins de traces dans l'organisme. À côté de ces deux aspects positifs, elles induisent une modification non négligeable des conditions d'intervention, du fait même du maintien d'un état de conscience. Le patient est éveillé et il assiste (quelquefois sur grand écran) au travail du chirurgien et à l'activité des autres professionnels de santé. Toutes les personnes ne vivent pas de la même façon cette expérience. Toutes ne sont pas en capacité d'anticiper sur la façon dont elles réagiront à cette « épreuve » et sur leur besoin éventuel d'adjuvants. Même si ce n'est pas le cœur de l'évaluation préopératoire que réalise le médecin anesthésiste, c'est un point important qui va nécessiter à la fois une qualité de relation suffisante pour que le patient confie ses angoisses, ses fragilités et un étayage que nous pourrions rapprocher de celui qu'opère un pédagogue. Il s'agit en effet d'accompagner le patient pour qu'il parvienne à appréhender et à exprimer ce rapport singulier qu'il entretient à la maladie, à son corps et au contexte si particulier d'une intervention chirurgicale. Nous parlions de la possibilité d'adjuvants. Le recours à cette possibilité est un progrès indéniable. Mais il convient d'insister sur le rôle

2 « Le recours à l'ambulatoire a évolué depuis 20 ans en France, passant de 5% au début des années 1980, à près de 30% à la fin des années 1990. Les établissements privés réalisent jusqu'à 75 % des actes ambulatoires, ce qui peut représenter un tiers de leur activité. Jusqu'en 2001, seuls 30 % des actes marqueurs étaient réalisés en France en ambulatoire contre 94 % aux États-Unis. Actuellement, 40 % environ de ces actes sont réalisés en ambulatoire, ce qui laisse encore une marge de progression importante » (Massa et al., 2010, p. 2).

3 <https://www.ars.sante.fr/node/3317>, accédé le 2 mai 2021.

déterminant que joue dans l'affaire la qualité de la relation que le médecin parvient à nouer : « Un bon contact avec le patient, des explications claires fournies en préopératoire, la dédramatisation de l'acte pratiqué et la visite éventuelle des locaux [...] diminuent l'anxiété et l'appréhension du patient et permettent un réveil plus calme. Cette démarche est indispensable et bien souvent suffisante pour réduire, voire supprimer, l'anxiété du patient. [...] L'administration d'un anxiolytique de principe n'est donc pas indispensable » (Massa et al., 2010, p. 6).

2.2. Renforcer le lien de confiance médecins-patients et envisager des pistes d'évolution

La recherche-intervention que nous évoquions en introduction est donc née d'une demande d'accompagnement qui nous a été adressée par une équipe de dix médecins anesthésistes appartenant à une clinique de la périphérie toulousaine. Notons que l'unité de recherche à laquelle nous appartenons, l'UMR EFTS, a une longue tradition de recherches menées en partenariat avec le champ de la santé sur le territoire concerné (Broussal & Saint-Jean, 2019). Ceci explique qu'une équipe de médecins ait pu s'adresser à des chercheurs en sciences de l'éducation et de la formation. Précisons toutefois que la connaissance que ces professionnels pouvaient avoir de notre discipline universitaire demeurait assez vague. La sollicitation initiale tendait à placer les chercheurs en position d'experts de la communication, dans une perspective que l'on pourrait retraduire de la façon suivante : « Dites-nous comment nous y prendre nous nous assurer qu'un patient a bien compris ce qu'on lui explique, pour l'éclairer sans l'effrayer, pour créer une relation de confiance qui lui permette d'exprimer ses craintes ». Il nous a donc fallu retravailler avec l'équipe cette demande initiale, en explicitant la conception qui était la nôtre des rapports entre connaissance scientifique et pratiques professionnelles. Il ne s'agissait pas pour nous de prescrire des pratiques de communication « efficaces », mais de les accompagner dans un travail collectif d'analyse de leurs propres pratiques, considérant que ce travail serait propice à la transformation. Une fois l'accord trouvé, la recherche-intervention a pu faire l'objet d'une contractualisation entre l'établissement de soins et le laboratoire de recherche. Ayant bien conscience des difficultés liées à la faible disponibilité des médecins, mais soucieux d'associer l'équipe à la production de données, à leur analyse ainsi qu'à la validation des résultats produits, nous avons organisé la recherche-intervention en trois phases :

- Dans un premier temps, les médecins ont enregistré des séances de consultation à l'aide d'une caméra fixe posée dans un coin de leur bureau. Cet enregistrement s'est fait en l'absence des chercheurs. L'accord des patients a été sollicité.
- Les chercheurs ont ensuite sélectionné des extraits au regard de l'intérêt qu'ils pouvaient présenter relativement à l'attention portée à la relation médecin-patient (confiance, atmosphère, intercompréhension, etc.). Ces extraits vidéo ont servi de support à des autoconfrontations simples dans un premier temps, puis croisées dans un deuxième (Clot et al., 2000). Cinq doublettes de médecin ont été constituées. Nous avons été attentifs à mettre en présence un jeune médecin et un médecin plus expérimenté. Ce choix reposait sur une hypothèse fondée sur les lectures que nous avons pu faire (Jaspers, 2006) : celle d'une technicisation des pratiques médicales. L'appartenance générationnelle pouvait dès lors être envisagée comme pouvant influencer la façon d'appréhender la relation au patient. Ces autoconfrontations simples et croisées ont été filmées puis retranscrites, constituant les données que nous analysons dans cet article (un document de 30 000 mots).
- Notons enfin que éléments d'analyse que nous avons pu mettre en évidence ont été soumis à l'équipe lors d'une séance d'une séance de restitution investigante (Bergier, 2001).

Précisons pour conclure cette présentation du contexte de la recherche-intervention que l'ensemble de l'équipe a participé à la recherche-intervention : soit 7 hommes et 3 femmes. Six des membres avaient plus de 20 ans de pratique professionnelle. Trois avaient fini leur formation depuis moins de

dix ans. Pour faire écho aux propos de Sala (2018) cités *supra*, soulignons qu'un seul médecin anesthésiste avait pu bénéficier au cours de sa formation d'un enseignement relatif à la communication. Les professionnels n'ayant pas l'occasion d'assister aux consultations réalisées par leurs pairs, les autoconfrontations leur ont permis pour la première de découvrir la diversité de leurs pratiques, ce qui a donné lieu à quelques étonnements.

3. Les gestes d'atmosphère : repères théoriques et contextualisation au champ de la consultation préanesthésique

Dans une publication antérieure (Broussal, 2018), nous avons analysé les matériaux de cette recherche-intervention en privilégiant une focale théorique centrée sur la question de la confiance. Nous nous référons pour ce faire à un certain nombre d'auteurs qui font référence dans ce champ (Benaroyo, 2004; Bizouarn, 2008; Damien, 2000; Jaunait, 2003; Origgi & Spranzi, 2007). Dans ce texte, nous avons fait le choix d'une analyse sous l'angle des gestes d'atmosphère, considérant que ceux-ci sont partie prenante de qualité de la relation qui se noue entre praticien et personnes en soin. Pour préciser notre approche théorique des gestes d'atmosphère, nous reviendrons brièvement sur la façon d'approcher les « gestes professionnels » avant de centrer notre propos sur la question de l'ajustement et plus précisément sur l'une de ses composantes préoccupationsnelles : l'atmosphère.

3.1. Une brève genèse de l'approche des « gestes professionnels » développée au sein du LIRDEF

Il est intéressant d'accéder à la façon dont un chercheur construit une thématique de recherche. C'est ce à quoi nous invite Bucheton dans l'un des chapitres de son dernier ouvrage (2019). Ce chapitre s'intitule « Petite histoire d'une longue recherche partagée : comprendre la responsabilité spécifique du métier dans l'échec scolaire » (Bucheton, 2019, pp. 69 à 77). L'auteure rappelle que tout a commencé avec une recherche qui visait à étudier le lien entre milieu social et réussite scolaire. Dépassant le seul déterminisme social, cette recherche a permis d'initier une réflexion sur la responsabilité que les pratiques professionnelles d'enseignement peuvent avoir sur l'apprentissage de la lecture et de l'écriture. Une deuxième recherche, conduite par Chabanne et Bucheton, s'attacha au rôle joué par les langages « dans les différentes tâches et conduites de classe » (id., p. 70). C'est à l'occasion d'une troisième recherche, consistant à étudier à grain fin ce que deux enseignants font durant la même leçon (découverte d'un phonème et de son graphème en cours préparatoire) qu'est né le modèle du multiagenda des préoccupations des enseignants. Une communication au 5^{ème} Colloque International « Recherche et formation : former des enseignants professionnels, savoirs et compétences » en rend compte en 2005. Ainsi que le pose Bucheton :

« L'agir enseignant [se] révèle comme une architecture très complexe de cinq grandes préoccupations communes : les savoirs visés, le pilotage de la leçon, l'étayage, le tissage, l'atmosphère. Elles se combinent, s'entrelacent selon l'avancée du cours. Chacune s'actualise dans une multitude de microdécisions : des gestes professionnels adressés aux élèves. Ces gestes sont épais du point de vue des significations qu'ils adressent aux élèves » (Bucheton, 2019, p. 71).

Bucheton définit ainsi les gestes professionnels, définition que nous adopterons ici, en l'adaptant au contexte spécifique qui est le nôtre :

« Par geste professionnel, nous désignons de manière métaphorique l'action de l'enseignant dirigée vers l'élève ou la classe, dans le but d'instruire et d'éduquer. Le choix du terme « geste » traduit l'idée que l'action du maître est toujours adressée et inscrite dans des codes. Un geste est une action de communication inscrite dans une culture un minimum partagée. Il prend son sens dans et par le contexte scolaire. Le geste est verbal, mais aussi non verbal [...] » (id., p. 79).

Anticipons sur la partie qui va suivre et soulignons le fait que ces gestes professionnels répondent à des contraintes d'ajustement de l'action à la situation d'enseignement-apprentissage. C'est également vrai dans le cas des métiers d'interaction humaine (Beckers, 2007) ou dans celui des métiers adressés à autrui (Piot, 2009) comme le pointent Saillot et Malmaison (2018). L'ajustement

désigne « la manière dont l'agir langagier et corporel de l'enseignant se règle sur la situation spécifique de la classe et plus encore sur l'évolution de cette situation pendant la leçon » (Bucheton, 2009, p. 64). Dans le contexte qui nous intéresse, celui de la consultation préanesthésique, il ne s'agit pas d'un enseignant confronté à un élève ou à sa classe. Si le modèle des gestes professionnels nous paraît toutefois pertinent, c'est bien sûr au premier chef parce qu'un certain nombre de caractéristique de la pratique enseignante se retrouvent dans les métiers adressés à autrui. Mais c'est plus spécifiquement parce que ce qui se joue dans ce moment de consultation engage selon nous des phénomènes d'intercompréhension, d'apprentissage, de partage de connaissances. Cela le rapproche des situations de classe, indépendamment de tout ce qui l'en distingue et que nous ne cherchons pas à minorer. Cette proximité entre soigner et former a fait l'objet de travaux antérieurs (Broussal et al., 2016). Au cours de la consultation préanesthésique, le médecin doit éclairer le patient sur les conditions de l'intervention. Il doit aborder de façon « pédagogique » un certain nombre de considérations techniques. Il a également à apprendre du patient des choses que lui seul sait, comme nous l'évoquions plus haut. N'est-ce pas ce que fait un enseignant lorsque, confronté à la difficulté persistante d'un élève face à un objet de savoir, il l'interroge pour essayer de comprendre ce qui fait obstacle. Notons enfin le rôle central que le langage joue dans ce moment de la consultation à l'instar de ce qui se passe en classe. L'interaction des protagonistes est presque essentiellement langagière dans les deux cas. Nous pourrions ajouter un dernier point. La question de l'autonomie de la personne en soin a gagné en importance au cours de dernières années (Zoïa, 2013), remettant en cause le modèle du paternalisme médical. Ces questionnements, de type politique, rapprochent les milieux de soin d'un certain nombre de questions relatives aux équilibres entre pouvoir et savoir, autorité et émancipation, depuis longtemps présentes dans le champ de l'enseignement (Bourgeois, 2018; Charbonnier, 2013; Rancière, 1987; Roland, 2013).

3.2. Caractérisation des préoccupations constitutives des gestes professionnels d'atmosphère : vers une opérationnalisation dans le cadre de la RI

Dans l'ouvrage qu'il a récemment consacré à l'ajustement, ouvrage sur lequel nous allons à présent nous appuyer, Saillot propose « de réfléchir aux ajustements sous l'angle des principales *préoccupations des enseignants* (ce à quoi ils pensent quand ils enseignent, en référence au multi-agenda de Bucheton et Soulé). Car les gestes professionnels d'ajustement ne sont pas de même nature pour le pilotage, l'étayage, le tissage ou l'atmosphère, sans oublier les questions épistémiques (liées au savoir) des apprentissages en jeu » (Saillot, 2020, p. 90). À chaque macro-préoccupation du multi-agenda (Bucheton & Soulé, 2009), correspondent des préoccupations pédagogiques et didactiques spécifiques que Saillot a déclinées dans un schéma (Saillot, 2020, p. 92) puis précisées dans un tableau (pp. 98 et 99). Nous reprenons les principaux éléments de ce tableau auquel nous renvoyons le lecteur pour une appropriation plus approfondie.

Les gestes professionnels d'atmosphère recouvrent donc six préoccupations : cadrer, partager, dialoguer, ritualiser, faire coopérer, expliciter. Nous les reprendrons l'une après l'autre ci-après en proposant de nous appuyer sur la formalisation de Saillot pour penser une contextualisation à la situation de consultation préanesthésique et aux gestes professionnels du médecin.

- **Cadrer** invite le professionnel à « une présentation claire des règles » qui constitue le cadre d'interaction, un cadre qui se veut « *exigeant ET bienveillant* ». Cela nécessite un dialogue entre les participants et implique une cohérence entre « des paroles et des actes ». Pour ce qui concerne la consultation préanesthésique, cela renvoie à la façon dont le professionnel va pouvoir préciser à la personne en soin les caractéristiques de cet échange particulier, en le positionnant par exemple au regard des autres situations de consultation que le patient a pu connaître dans le passé. Un certain nombre d'opérations relèvent de la mise en sécurité du professionnel par rapport à des risques de poursuite : l'examen des dents par exemple. Selon

que le professionnel décide ou pas d'explicitier ce qu'il fait à ce moment-là, on peut sans peine supposer des colorations différentes de l'atmosphère dans laquelle la consultation se déroule. De la même façon, on perçoit combien le rappel de certaines règles en cours d'échange et en réaction à une demande du patient, peut se révéler contre-productive en terme d'atmosphère. Nous pensons ici à un médecin « rabrouant » un patient parce qu'il a posé une question qui selon lui relève du champ de compétence du chirurgien et non du sien. Ce qui va de soi pour l'un ne va pas forcément de soi pour l'autre.

- **Partager** renvoie, dans la présentation qu'en fait l'auteur, à la perspective de « prendre part à des actions ou des moments communs, pour apprendre à vivre ensemble et à apprendre ensemble » (Saillot, p. 98). Ainsi le partage des responsabilités, des expériences ou des projets relève de cet horizon. Si un certain nombre de dimensions du partage ainsi posé semblent étrangères à la situation de consultation, il nous semble que la question des « traits d'humour », des « rires » ou des « sourires » évoqués par Saillot sont particulièrement pertinents pour accompagner les apprentissages respectifs (ceux du médecin et ceux de la personne en soin). Ils ont aussi une importance dans la façon dont peut se tisser la relation de confiance, opérant le glissement de la position d'expertise vers une interpellation du malade à partir d'un « fonds commun d'humanité » (Benaroyo, 2004, p. 62), dont on sait à quel point elle contraste avec la vision culturellement installée d'un médecin tout puissant. Sur la question de l'humour, nous pouvons renvoyer au travail de Panichelli, qui montre comme celui-ci peut être utilisé en psychiatrie (Panichelli, 2007), ou mobilisé dans le cadre de la formation infirmière (Burger, 2015).
- **Dialoguer** est une « préoccupation centrale et transversale » dans laquelle le rôle de l'écoute est fondamental (Saillot, p. 98). Dans le cadre de la consultation, cette écoute peut-être parasitée par la place que l'ordinateur a prise aujourd'hui, détournant parfois durant de longues minutes l'attention du médecin vers l'écran sur lequel il consulte et saisit les données relatives au dossier du patient. Elle peut être parasitée par des différences culturelles. Du côté du patient, la situation de stress générée par la perspective de l'intervention, la peur du médecin ou une difficulté à comprendre certains termes techniques sont aussi des facteurs pouvant fragiliser l'écoute. Ajoutons à cela la pression temporelle. Les médecins réalisant le plus souvent à la suite une quarantaine de consultations dans une même journée, on conçoit que le temps soit compté, ce qui explique que certains médecins interrompent parfois brutalement la prise de parole d'un patient.
- **Ritualiser** consiste pour le maître à indiquer « aux élèves qu'à des moments précis de la journée ou de la semaine, un certain type d'activité à lieu dans un endroit bien précis de la classe ou de l'école » (id. p. 98). Saillot souligne la dimension *ergonomique* des rituels, puisqu'ils économisent de multiples explications. Ainsi dans une consultation de médecine générale, le moment où le patient est invité à s'installer sur la table d'examen. Nous verrons à rebours que l'absence de ritualisation possible dans le cadre de la consultation préanesthésique, puisque c'est souvent la première séance et que les deux protagonistes ne sont pas amenés à renouveler l'expérience de sitôt, n'est pas sans effet sur l'atmosphère.
- **Faire coopérer**, c'est faire en sorte de « développer des relations entre élèves qui les sortent du travail individuel ». On pourrait avoir tendance à penser que cette modalité est exclue du champ qui nous occupe. Nous avons eu plusieurs cas cependant où le patient venant accompagné, la personne accompagnatrice a été mise à contribution pour répondre à certaines questions. Nous pouvons évoquer la situation d'un patient souffrant de troubles de la mémoire qui était incapable de se souvenir du nom du médicament qu'il prenait et du médecin sollicitant l'ami qui l'accompagnait. Le champ en développement de la pair-aidance devrait sans doute ouvrir des possibilités de coopération originales dans l'avenir.

Ajoutons que l'idée de « travail individuel » nous paraît particulièrement adaptée dans le champ du parcours du patient, nous renvoyons sur ce point à de nombreux travaux conduits dans cette perspective (Thievenaz, 2017; Tourette-Turgis & Thievenaz, 2013).

- **Expliciter** correspond enfin à la clarification des « attentes (scolaires, sociétales) des règles de vie, en matière de comportements et de discours adaptés » (Saillot, p. 99). Nous avons pu l'évoquer, ces règles ne vont pas d'elles-mêmes pour les patients. Il est parfois difficile pour certains de savoir ce que l'on peut confier à un médecin et ce qu'il faut garder pour soi, ce qui relève de la pathologie et ce qui relève de la vie privée (les deux pouvant être liés dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, dès lors qu'un patient âgé se retrouve par exemple seul à la maison au soir d'une intervention).

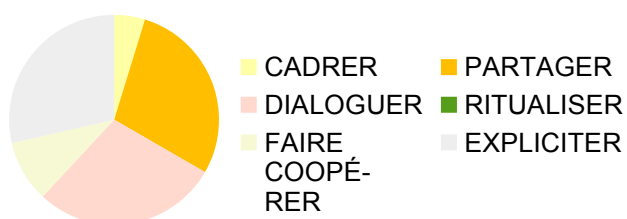
Comme nous venons de le mettre en évidence *supra*, si les gestes professionnels d'atmosphère ont été développés par rapport au champ de l'enseignement, il ne nous paraît pas incongru de les mobiliser dans celui du soin, ce à quoi nous nous sommes attaché dans l'analyse dont nous rendons à présent compte.

4. Quand la navigation atmosphérique cherche son cap

Précisons en ouverture la façon dont nous avons produit les analyses qui suivent. À partir des données brutes des autoconfrontations croisées, nous avons identifié des blocs dans lesquels apparaissait ce que nous avons identifié comme des gestes professionnels d'atmosphère. Une fois ces blocs constitués, nous avons repéré en les surlignant les dimensions prévalentes de ces gestes. Le travail d'analyse que nous avons conduit visait à caractériser de façon systématique les gestes professionnels des médecins anesthésistes relativement à la question de l'atmosphère. Nous avons ainsi pu mettre à l'épreuve la productivité du modèle des gestes professionnels d'atmosphère (présenté *supra*). Nous nous sommes également attachés, à partir des extraits repérés, à voir de quelle façon les situations d'ajustements réciproques permettaient de rendre compte de considérations renvoyant à l'éthique professionnelle.

4.1. Les variations atmosphériques : une affaire de style et de priorité

La répartition des préoccupations identifiées dans les blocs montre une prévalence des préoccupations liées au dialogue, au partage et à l'explicitation. Ce sont ces trois préoccupations que nous retiendrons dans l'analyse qui suit.



Graphique n°1 : répartition des préoccupations au sein des blocs

Si la consultation préanesthésique est un temps de consultation au cours duquel le médecin doit réaliser un certain nombre de vérifications « sur » le patient, c'est aussi un temps d'échange « avec » la personne en soin. Celle-ci peut d'ailleurs être à l'initiative de certains tours de parole comme le montre l'exemple suivant :

Patiente: Et alors quand on est juste endormi, on est conscient quand même ? Comment ça se passe ?

MZ (médecin) : Exactement ! Enfin on est conscient, oui et non. C'est-à-dire que oui et non, comme je vous le disais, la base c'est de faire dormir la jambe. Après c'est un peu à la carte, si vous voulez qu'on vous détende, on peut vous détendre par la perfusion, autrement vous ne sentez rien.

Patiente : D'accord.

MZ : Le fait est que vous ne sentez rien sur votre jambe. Vous ne sentez pas ce que le chirurgien est en train de vous faire. Il y a un champ qui sépare [...]

Ce passage rapide de l'activité d'expertise médicale au temps du dialogue est très clairement repéré par le professionnel :

MZ : Pour le moment il n'y a pas de piège dans le dossier, donc je déroule, c'est très standardisé. Donc j'essaie de me débarrasser de l'ordinateur pour passer aux explications et après je n'ai plus rien à gérer, en principe le dossier est quasiment complet. À ce moment-là donc, je passe aux explications et c'est là où j'attends les gens. C'est-à-dire qu'il y a un moment où il faut enlever l'ordinateur. C'est-à-dire qu'une fois où on a réglé tous les problèmes, j'ai fait toutes les programmations, c'est pour ça qu'il y a dix mille clics, on pose l'ordinateur. Parce qu'on ne peut pas se concentrer sur les gens et sur l'ordinateur en même temps, ce n'est pas possible, ce n'est pas les mêmes visions. L'ordinateur est de biais, le patient est sur une même diagonale, même s'il est en face ou à côté, ça nous oblige à chaque fois à faire ça. Il y a un moment il faut poser l'ordinateur. Oui je l'attendais, elle arrive. Il faut bien comprendre que les patients, quand ils viennent, ils ne connaissent pas ce qu'on va leur proposer. Ils viennent avec un pré-supposé qui est l'anesthésie c'est de l'anesthésie générale, on rentre au bloc on dort, on se réveille, on sort. Nous ce qu'on leur propose, c'est quelque chose de différent, donc ils ne connaissent pas.

L'importance des caractéristiques spatiales des interactions est intéressante à repérer. L'ordinateur joue le rôle de marqueur attentionnel. Il rend visible la transition, ce moment où on le « pose » pour s'intéresser à la personne : « Oui je l'attendais, elle arrive ». Nous retrouvons des dialogues similaires dans différentes consultations. Ils visent à donner au patient une vue plus claire de ce que recouvre la situation d'anesthésie locorégionale. C'est tantôt le patient qui initie l'échange (comme dans l'exemple qui suit), ou le médecin lui-même :

MC (médecin) : Actuellement ce type d'intervention on le réalise sous ALR.

Patient : D'accord !

MC : C'est-à-dire qu'on va vous endormir la jambe, bien sûr c'est accompagné d'une sédation, c'est dire que c'est une perfusion dans laquelle on va mettre des médicaments pour que vous soyez détendu, d'accord ?

Patient : Donc si jamais... je vais tout entendre ?

MC : Non non, vous allez arriver au bloc opératoire, on mettra en place une perfusion, ensuite on va endormir la jambe, cela se fait sous échographie. Et avant de vous endormir la jambe, on va mettre des produits qui vont vous détendre, voire vous endormir.

Le dialogue prend parfois l'allure d'une négociation au cours de laquelle le médecin peut se trouver contraint de défendre l'anesthésie locorégionale. Il s'appuie pour cela sur des données médicales et

réintroduit une forme de dissymétrie liée à son expertise, qui colore l'atmosphère d'une tonalité différente, invitant moins le patient à se confier :

Patient : Parce que la générale, ce n'est pas possible, par rapport à cette opération ?

MC : L'intérêt de ce type d'anesthésie [c'est-à-dire locorégionale] c'est que vous allez avoir une anesthésie de la jambe qui va durer 24 heures et donc vous n'avez pas de douleur. C'est quand même intéressant. Vous revenez rapidement dans votre chambre.

Lors du moment d'autoconfrontation croisée relatif à ce passage, le deuxième médecin de la doublette expose une conception sensiblement différente, montrant qu'il n'y a pas une seule manière de procéder :

BB (médecin) : C'est vrai que ce n'est pas une situation facile, quelqu'un qui n'a pas envie [de passer par l'anesthésie locorégionale]. C'est vrai que moi j'essaie de faire un peu différemment, puisque ce que j'essaie de leur proposer c'est une porte de sortie. Quand je vois que manifestement cela va être compliqué, j'essaie de ne pas laisser leur appréhension s'installer et leur dire d'emblée que s'ils veulent dormir, ils dormiront par exemple.

Ce à quoi le premier médecin rétorque :

MC : Si tu veux, oui, moi j'ai du mal leur dire qu'ils vont dormir, dans la mesure où si tu leur dis qu'ils vont dormir, ils vont penser que c'est une anesthésie générale, tu vois ?

On perçoit ici clairement la complexité inhérente aux arbitrages que le praticien doit réaliser. Le dialogue doit à la fois se dérouler dans une atmosphère propice aux « confidences » du patient quant à ses appréhensions. Il doit également favoriser une meilleure compréhension de l'état dans lequel la personne se trouvera lors de l'intervention. Mais il doit « faire avec » l'imprécision des termes disponibles, eu égard aux destinataires, qui ne sont pas des spécialistes de l'anesthésie. Nous renvoyons sur ce point aux glissements successifs que connaît le mot « dormir » : « on va mettre des produits qui vont vous détendre voir vous endormir », « s'ils veulent dormir, ils dormiront ». Si certains aspects que nous pointons ici peuvent être rapprochés des dialogues d'apprentissage, dans lesquels un enseignant cherche à se faire comprendre tout en utilisant des termes dont il sait que l'interprétation qu'en ont les élèves est encore fragile, il se rajoute dans le contexte de la consultation une dimension éthique importante. En effet la volonté de rassurer ne doit pas conduire à une représentation erronée de ce que sera réellement la situation d'anesthésie. Il faut donc conduire cette navigation atmosphérique en « faisant des bords », si l'on ose cette métaphore. Cela donne le sentiment d'une succession de caps différents : une alternance entre proximité et distance, entre accessibilité et précision, entre dialogue et transmission. C'est la complexité propre aux métiers adressés à autrui de devoir tenir ensemble des visées en apparence inconciliables. C'est cette complexité que le premier médecin exprime : « on rentre dans le cadre d'un patient jeune qui ne sait pas ce que c'est qu'un bloc opératoire. Déjà l'inconnu du bloc opératoire ! Et il y a l'intervention... Et en plus on leur dit vous n'allez pas dormir. En gros donc, voilà, cela rajoute un peu, effectivement, oui, à l'inquiétude, à l'appréhension qu'il a déjà. Voilà ! »

L'analyse des préoccupations liées au partage nous a conduit à un constat inattendu. Rappelons que celles-ci recouvrent les « traits d'humour », les « rires » les « sourires » qui peuvent accompagner les apprentissages, et que dans le cadre du soin, ceux-ci nous paraissent jouer un rôle dans le tissage singulier de la relation de confiance, favorisant une interpellation à partir d'un « fonds commun d'humanité » disions-nous. Nous avons par conséquent été étonnés de remarquer que cette interpellation provient non seulement des médecins, mais aussi des patients. Ils y prennent largement leur part.

Ainsi dans l'extrait suivant :

Patient : D'accord, oui c'est surtout ça qui m'angoisse un peu.

MC (médecin) : C'est-à-dire que vous n'avez jamais été opéré ?

Patient : Après, avoir vu le *Docteur House*⁴ et tout ça...

Ou encore :

Patient : Après je vous dis je viens tranquille, je suis décontracté à chaque fois, je ne suis pas angoissé, je vais sur la table comme si j'allais à une table de restaurant.

PM (médecin) : C'est parfait comme ça.

Ou encore :

MIS (médecin) : Mercredi, ce sera monsieur X ou monsieur Y votre anesthésiste, un des deux.

Patiente : Si vous le dites.

MIS : Non. Alors j'ai tout faux, ça sera madame Z. Vous avez déjà été opérée ?

Patiente : Jamais, jamais, c'est la première fois.

MIS : Vous avez 51 ans ?

Patiente : Ça, par contre, ça n'a pas changé pour l'instant, non.

Il paraît utile de noter que ces traits d'humour procèdent toujours par la mise en lien de situations médicales et de situations de la vie courante : séries télévisées, restaurants, aliments, comme dans l'exemple qui suit :

MC (médecin) : Voilà, bon franchement vous avez... à part votre allergie au chocolat (rire), mais je ne pense pas qu'il y ait de produits anesthésiants à base de chocolat. Alors...

Patient : Voilà bon.

Il y a toutefois un seuil qui n'est pas franchi, au moins dans les extraits dont nous disposons. C'est celui consisterait à jouer sur des situations qui rappelleraient que les médecins eux-mêmes sont des patients potentiels, voire des patients anxieux, ce qui n'est pas irréaliste. Quelles sont les raisons de cette absence ? Est-elle liée à la nécessité de préserver l'image d'un médecin exempt de fragilité ? Nous ne pouvons aller plus loin que ces conjectures.

Arrêtons-nous enfin sur les préoccupations liées à l'explicitation. Rappelons qu'il s'agit là de clarifier des « attentes (scolaires, sociétales) des règles de vie, en matière de comportements et de discours adaptés » (Saillot, p. 99). Cette préoccupation est récurrente, mais elle semble répondre à des motifs quelque peu différents selon les cas. Dans l'exemple qui suit, les informations que donne le médecin tendent à confirmer le patient dans un rôle passif, à renforcer une conception paternaliste de la relation soignant-soigné. Le patient est étymologiquement celui qui subit, celui à qui on enjoint d'être observant :

BB (médecin) : Étant donné votre traitement, je vais quand même demander une prise de sang, je vais vous donner une ordonnance. Vous allez la faire au sous-sol de la clinique aujourd'hui, pour vérifier la fonction rénale. On aura les résultats dès demain. Pour cette opération, vous rentrerez le jour même, vous serez à jeun à partir de minuit, vous ne mangerez plus rien à partir de minuit. En revanche vous pouvez boire de l'eau jusqu'au départ de votre domicile.

Dans un autre extrait, il s'agit davantage d'explicitation une manière de faire afin de favoriser l'adhésion, mais aussi parce que l'acte réalisé peut avoir un caractère intrusif :

MD (médecin) : Les dents du haut sont stables là.

Patiente : Oui, un peu sensibles là.

MD : Vous croquez dans des pommes, vous tirez sur un sandwich ?

Patiente : euh... Pas trop fort, mais oui.

4 *Docteur House* est une série télévisée qui met en scène un misanthrope dont les méthodes sont pour le moins détonantes.

MD : Alors pourquoi je regarde ça? Parce que vous allez être intubée. Pour être intubée, on s'appuie sur les dents du haut avec un risque de bris, de décoller les bridges ou d'abîmer les implants. On va faire le maximum pour les sauver, mais ...

Le médecin s'explique ainsi :

MD : ah oui, je leurs explique pourquoi, parce que, pourquoi on regarde les dents après tout ? De temps en temps, il y en a qui ne veulent pas ouvrir la bouche: « après tout cela ne vous regarde pas ce que j'ai dans la bouche ».

Chercheur : C'est important pour vous d'expliquer?

MD : Pour moi-même?

Chercheur : Oui ?

MD : Pour moi personnellement, ah, oui. Il faut bien que les gens partent en ayant compris, pourquoi on leur fait ouvrir la bouche, car ce n'est pas tous les jours qu'on vous fait ouvrir la bouche. C'est privé quand même. Opéré d'une prothèse de hanche, pourquoi la bouche?

Cette manière de faire n'est d'ailleurs pas partagée par tous les médecins. Lors d'une autre consultation, un médecin s'étonne d'une faible ouverture de bouche :

PM (médecin) : Non vous êtes pas au repos, pas d'appareil dentaire, de prothèses auditives, oculaires? Ouvrez grand la bouche s'il vous plaît? Alors voyons, petite ouverture de bouche...

Mais cela ne donne lieu de sa part à aucune explicitation, ni sur ce qu'il est en train de faire ni sur son constat :

PM : Ah oui, non c'est vrai qu'on n'explique pas tout au patient. Pour nous, c'est une information importante sur les critères d'intubation difficile. Après, c'est une information systématique lors de la consultation.

La façon dont les médecins décident ou non d'explicitier le cadre de la consultation ou certains de leurs gestes semble donc tenir à des conceptions différentes de la place que le patient est appelé à occuper dans ce moment de consultation. Le positionnement ne relève pas d'une forme de mépris, mais davantage de la façon dont le professionnel décide ou non d'associer le patient aux risques toujours possibles liés à une intervention. C'est ce que confirme d'ailleurs le deuxième médecin présent lors de l'autoconfrontation : « Chez cette femme qui va avoir une anesthésie locorégionale, qui est jeune, qui a une petite bouche, mais qui met le cou en arrière, on pourra l'intuber dans tous les cas. Et puis, ce n'est pas la peine de lui donner un risque extrêmement improbable. On donne les risques les plus fréquents ».

Ainsi cette première analyse des préoccupations liées aux gestes d'atmosphère met en évidence des caractéristiques saillantes de la co-activité médecin-patient. Elle éclaire les systèmes de contraintes multiples auxquels cette co-activité se heurte et les multiples dilemmes auxquels les professionnels se trouvent confrontés pour maintenir et faire évoluer une atmosphère de consultation en conciliant la bienveillance le respect des objectifs. L'analyse qui suit, centrée sur les ajustements réciproques, permettra d'approfondir les éléments relatifs à l'éthique professionnelle.

4.2. L'ajustement réciproque et ses contours : une fenêtre sur l'éthique professionnelle

Nous avons relevé trois extraits qui nous paraissent renvoyer à des formes d'ajustement réciproque. Nous livrons successivement les arguments qui nous ont amené à les identifier comme tels, puis nous ferons état des réflexions auxquels ces moments de consultations nous invitent.

Dans ce premier échange, le patient sort quelque peu du cadre de l'intervention, puisqu'il décide d'interroger le médecin sur les événements graves susceptibles d'arriver lors d'une anesthésie. C'est à l'expérience du professionnel qu'il s'adresse, en prenant un peu de distance avec son propre cas, à l'image d'un parent d'élève qui demanderait à un enseignant : « et vous avez déjà eu des enfants aussi turbulents que le mien ? ». Le patient prend d'ailleurs toutes les précautions requises pour que

sa demande ne soit pas perçue comme déplacée, en indiquant que c'est pour « enlever le stress », ou en reconnaissant qu'il s'agit d'une curiosité pour un phénomène « très rare » :

Patient : et une question sur l'anesthésie, euh vraiment l'inconvénient le plus grave qui peut se passer, ça peut être quoi ? c'est histoire d'enlever le stress. Non, j'en ai déjà fait une pour l'épaule quand elle a été luxée, mais euh... vraiment la chose la plus pire qu'il peut arriver. Même si c'est très rare.

MC (médecin) : ben euh... l'arrêt cardiaque !

Patient : d'accord ouais ouais ... Pourquoi ? C'est ce que vous injectez ? C'est le fait d'endormir ?

MC : Alors ça peut-être une allergie grave, ça peut être un trouble du rythme cardiaque, voilà il peut y avoir plusieurs étiologies. Mais n'y pensez pas, vous êtes jeune, vous avez 28 ans.

Patient : Non... oui oui

MC : Si vous voyiez les dossiers qu'on a de temps en temps, vous n'avez pas de soucis à vous faire, alors tout peut arriver, comme dans la vie de tout les jours

Patient : je sais oui, je sais...

Après un temps d'hésitation, le médecin fait le choix de répondre de façon laconique, mais toutefois assez brutale : « l'arrêt cardiaque ». Passé un temps nécessaire pour digérer l'information, « d'accord ouais, ouais », le patient relance la discussion en s'inquiétant des causes possibles de cet arrêt et en évoquant, ce qui peut sembler maladroit, des motifs liés aux actes d'anesthésie. Là encore, le médecin accepte l'échange, avant de se repositionner en prescripteur, ce dont témoignent les recommandations successives : « n'y pensez pas », « vous n'avez pas de soucis à vous faire ». Dans l'autoconfrontation, à la remarque du chercheur qui soulignait le fait que la préoccupation relative aux risques vient ici du patient, le médecin met en évidence la logique qui le guide dans cet épisode d'ajustement réciproque. C'est bien le souci du patient qui le retient de donner libre cours à un tableau des risques qu'il est tout à fait à même de faire. Cela pourrait d'ailleurs être valorisant pour lui, soit sur le registre de l'héroïsme professionnel (être régulièrement aux prises avec la mort), soit parce que cela pourrait renforcer un sentiment de toute-puissance (être plus fort que la mort) :

MC (médecin) : oui , chez les patients jeunes comme ça, ils ont un papier avec tout ce qui peut se passer. C'est vrai que moi, je ne lui dis pas qu'il va avoir une anesthésie et qu'il va mourir. Ça peut arriver, comme quand on prend la voiture, on peut ne jamais arriver chez soi. Je pense que tout le monde le sait ça, je n'ai pas envie de les mettre dans cette configuration quoi. Ils en ont assez, donc...

Le deuxième extrait met en présence trois protagonistes : le médecin, un patient âgé qui souffre de troubles de la mémoire et l'ami de celui-ci qui l'accompagne. Nous faisons le choix ici d'un verbatim un peu long afin de montrer la persistance du positionnement du praticien, en dépit du rôle que l'accompagnateur prend dans la consultation :

RST (médecin) : À part le *pacemaker* vous avez eu d'autres opérations ? Y'a combien de temps que vous avez la pile au cœur ?

Patient : Y'a longtemps, je ne me rappelle pas.

RST : D'accord. Les problèmes de la mémoire, y'a longtemps que vous les avez ?

Patient : Je ne me rappelle pas.

RST : Vous le savez vous ?

Ami du patient : Oui y'a un moment déjà

RST : Ça fait quoi à peu près ?

Ami : Deux ans à peu près et là ça empire, dix minutes après il ne sait pas ce qu'il a fait.

RST : Alors vous n'avez jamais eu de douleur dans la poitrine ? Qui serre fort ?

Patient : Non.

RST : Et la tension, avec les trois médicaments, on arrive à l'équilibrer un petit peu ?

Patient: Oui je pense.

RST : Y'a longtemps qu'on vous donne des médicaments pour la tension ?

Ami : Oui y'a longtemps.

RST : Vous n'avez pas de diabète ?

Patient : Non je pense pas non.

RST : Vous fumez ?

Patient : Non.

RST : Est-ce que vous toussiez en ce moment ? Vous n'avez jamais fait de l'asthme ?

Patient : Je ne pense pas non.

RST : Vous avez tendance à avoir des brûlures à l'estomac ?

Patient : Non.

RST : Les anti-inflammatoires, vous les supportez bien sur le plan digestif ?

Patient : Je ne sais pas.

RST : Vous savez pas trop ? Quand vous prenez des médicaments, ça ne vous barbouille pas spécialement ?

Patient : Non.

RST : D'accord. Est-ce que vous vous faites du souci facilement ? Vous êtes inquiet de tempérament ?

Ami : Oui, oui, quand il ne sait pas où il a mis les choses.

RST : L'opération, ça vous inquiète ?

Ami : Oui ça l'inquiète

Ce qui nous paraît digne d'intérêt dans cet extrait, c'est le travail progressif d'ajustement des rôles des trois protagonistes. Face à un patient incapable de répondre à la plupart des questions, le médecin sollicite une première fois l'accompagnateur : « vous le savez vous ? ». Il poursuit toutefois l'interrogatoire en s'adressant au patient, évitant l'écueil souvent décrié qui consiste à parler du patient à la troisième personne en sa présence (comme les enseignants le font d'ailleurs lorsqu'ils reçoivent les parents en présence des élèves). Ce choix, qui vise à préserver la dignité du patient (en dépit de ses troubles), semble progressivement compris par l'accompagnateur et l'on voit se mettre en place un dialogue à trois, dans lequel le médecin s'adresse au patient et l'ami apporte les réponses. C'est la persistance de cet adressage qu'il nous paraît ici important de souligner. Parce ce choix nous paraît attester d'un refus de chosification du patient.

Le dernier extrait permet de clarifier la façon dont ce qui se dit lors de la consultation engage les choix ultérieurs.

MQS (médecin) : Pendant l'intervention, donc, vous ne sentirez rien au niveau du genou, mais vous aurez droit quand même à un petit sédatif, un médicament qui va vous faire planer si vous le souhaitez, on verra le moment venu si vous avez besoin de quelque chose ou si vous êtes naturellement zen et décontracté.

Mère de la patiente : Oui c'est ça, ça peut se décider à la dernière minute ?

MQS: Tout à fait on vous proposera, à tout moment vous pourrez demander un petit rab supplémentaire. Vous pourrez aussi regarder à l'écran ce que fait le chirurgien, c'est propre y'a pas de sang.

Deux rationalités sont ici en conflits : la première relative à la planification des actes et à l'anticipation des conditions d'interventions plaide en faveur d'une certaine rigidité. Ce qui se décide lors de la consultation oriente les modalités d'anesthésie le jour venu. La deuxième prend acte de la difficulté pour un patient de se projeter précisément et de savoir dans quel état d'esprit il se trouvera. Le médecin se veut rassurant : ce n'est pas la logique organisationnelle qui prévaut, mais bien la prise en compte des besoins du patient. Il semble acquis que ceux-ci peuvent varier jusqu'à la « dernière minute ».

Conclusion

L'objet de cette contribution était de mettre à l'épreuve le modèle des gestes professionnels, développé dans des contextes de classe, en le convoquant dans des situations de travail qui relèvent des métiers adressés à autrui. Ici, ce sont des séances de consultation préanesthésique qui ont servi de support à nos analyses. Nous les avons conduites en nous centrant sur les préoccupations relatives à l'atmosphère. Les résultats, même s'ils demeurent limités, confirment notre intuition quant à la productivité de l'approche. En nous centrant sur l'atmosphère, sur ses variations, autant que sur les motifs qui justifient telle ou telle orientation de la part des praticiens, nous avons accédé à des dimensions importantes de la consultation. L'atmosphère apparaît comme une préoccupation partagée entre médecins et patients. Cet aspect est à relever. Elle imprègne la tonalité de l'interaction et rend accessibles à la perception de chacun les équilibres complexes qui se font et se défont au fil de décisions qui surviennent. Les gestes d'atmosphère ont la propriété d'intégrer dans leur « épaisseur » un ensemble de composantes qui évoluent de façon dynamique tout au long de la consultation, au gré d'ajustements réciproques que la situation suscite. Des pistes de recherche originales pourraient être envisagées. Si les savoirs d'expérience dont disposent les personnes en soin sont aujourd'hui reconnus, on peine toutefois à les reconnaître comme des partenaires de soin à part entière. Le cas des gestes d'atmosphère pourrait être intéressant à étudier dans cette perspective. Ne sont-ils pas l'exemple d'une pratique professionnelle transcatégorielle, témoignant d'une préoccupation partagée entre médecins et patients et d'une prise en charge collaborative de l'activité ? Il pourrait dès lors être intéressant d'envisager des collectifs hybrides, réunissant médecins et patients, qui travailleraient conjointement à la caractérisation de ces gestes et à la conception de dispositifs de formation. Ce serait là une façon d'enrichir le partenariat de soin, sans pour autant empiéter sur ce qui fonde l'expertise médicale des médecins.

Bibliographie

- Beckers, J. (2007). *Compétences et identité professionnelles : L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine*. De Boeck Supérieur.
- Benaroyo, L. (2004). Soins, confiance et disponibilité. Les ressources éthiques de la philosophie d'Emmanuel Lévinas. *Ethique et santé*, 1, 60-63.
- Bergier, B. (2001). *Repères pour une restitution des résultats de la recherche en sciences sociales*. L'Harmattan.
- Bizouarn, P. (2008). Le médecin, le malade et la confiance. *Ethique et santé*, 5, 165-172.
- Bourgeois, E. (2018). *Le désir d'apprendre*. PUF.
- Broussal, D. (2018). La consultation préanesthésique en chirurgie ambulatoire : Contexte d'émergence de savoirs professionnels allochtones. *Dossier des sciences de l'éducation*, 39, 33-49.
- Broussal, D., Marcel, J.-F., & Thievenaz, J. (2016). *Soigner et former : Contribution des sciences de l'éducation*. L'Harmattan.

- Broussal, D., & Saint-Jean, M. (Éds.). (2019). *La professionnalisation des acteurs de la santé. Recherche, innovation, institution*. Cépaduès.
- Bucheton, D. (2019). *Les gestes professionnels dans la classe. Éthique et pratiques pour les temps qui viennent*. ESF Sciences Humaines.
- Bucheton, D., & Soulé, Y. (2009). Les gestes professionnels et le jeu des postures de l'enseignant dans la classe : Un multi-agenda de préoccupations enchâssées. *Éducation et didactique*, 3(3), 29-48.
- Burger. (2015). *Humour et formation infirmière*. Seli Arslan.
- Charbonnier, S. (2013). A quoi reconnaît-on l'émancipation ? La familiarité contre le paternalisme. *Tracés*, 2(25), 83-101.
- Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., & Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : Une méthode en clinique de l'activité. *Pistes (Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et la Santé)*, 2-1. <http://pistes.revues.org/3833>
- Damien, R. (2000). La confiance et ses crises philosophiques. In R. Laufer & M. Orillard, *La confiance en question* (p. 19-36). L'Harmattan.
- Jaspers, K. (2006). Le médecin à l'âge de la technique (J.-C. Gens, Trad.). *Po&sie*, 16, 89-103.
- Jaunait, A. (2003). Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*, 2003/3(11), 59-79.
- Massa, H., Hubert, S., Carles, M., & Raucoules-Aimé, M. (2010). Anesthésie du patient ambulatoire. *Elsevier Masson - Anesthésie-Réanimation*, 36-635-A-10.
https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Anesthesie_du_patient_ambulatoire.pdf
- Origi, G., & Spranzi, M. (2007). La construction de la confiance dans l'entretien médical. In T. Martin & P.-Y. Quivigier, *Action médicale et confiance* (p. 227-246). Presses Universitaires de Franche-Comté.
- Panichelli, C. (2007). Le mécanisme de défense de l'humour : Un outil pour le recadrage. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 39, 39-56.
- Piot, T. (2009). Quels indicateurs pour mesurer le développement professionnel dans les métiers adressés à autrui ? *Questions vives, recherches en éducation*, 5(11). <http://questionsvives.revues.org/622>

- Piot, T. (2018). Le rôle déterminant et méconnu des conversations soignant-patient au cœur des interactions de soin. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 39, 13-31.
- Rancière, J. (1987). *Le Maître ignorant : Cinq leçons sur l'émancipation intellectuelle*. Fayard.
- Roland, E. (2013). Rendre l'école obligatoire : Une opération de défense sociale ? Les sciences de l'éducation entre pédagogisation et médicalisation. *Tracés*, 2(25), 25-43.
- Saillot, É. (2020). *(S') ajuster au cœur de l'activité d'enseignement-apprentissage. Construire une posture d'ajustement*. L'Harmattan.
- Saillot, É., & Malmaison, S. (2018). Analyse des ajustements réciproques dans une activité de co-enseignement : Étude de cas dans le dispositif " Plus de maîtres que de classes ". *Education et socialisation - Les cahiers du CERFEE*, 47.
- Thievenaz, J. (2017). L'analyse des activités du patient : Une occasion de réinterroger la notion de travail. *Éducation et socialisation - Les cahiers du CERFEE*, 44.
<https://journals.openedition.org/edso/2106>
- Tourette-Turgis, C., & Thievenaz, J. (2013). La reconnaissance du « travail » des malades : Un enjeu pour le champ de l'éducation et de la formation. *Les sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle*, 46(4), 69-87.
- Zoïa, G. (2013). Une comparaison entre enseignants et médecins : Une autonomie menacée ? *Recherche et formation*, 72, 41-56.